

**CARACTERIZACION DEL ESTADO BUCODENTAL EN NIÑOS CON
DISCAPACIDAD DE LA FUNDACION GRUPO INTEGRA.**

**DUDLEY RUSSELL ESCORCIA
JAVIER MARTINEZ WHISGMAN
JHON JAIRO NUÑEZ SALAS**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA
2014**



**CARACTERIZACION DEL ESTADO BUCODENTAL EN NIÑOS CON
DISCAPACIDAD DE LA FUNDACION GRUPO INTEGRA.**

**DUDLEY RUSSELL ESCORCIA
JAVIER MARTINEZ WHISGMAN
JHON JAIRO NUÑEZ SALAS**

ASESORES:

Marta Paredes. M.c.S

Marcela Peñaloza. Esp. Odontopediatria

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA
2014**



“Únicamente los autores son responsables de las ideas expuestas en el presente trabajo” (Artículo 12, resolución 02 de 2003)

Nota de aceptación:

Firma Del Presidente Del Jurado

Firma Del Jurado

Firma Del Jurado

Firma Del Jurado

Santa Marta, 2014

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de grado primeramente le agradeceremos a DIOS por bendecirnos para poder llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este anhelado sueño.

A la UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA, por darnos la oportunidad de estudiar y ser un Profesional.

A nuestras incondicionales Directoras de tesis, Dra. MARCELA PEÑALOZA LINERO, y Dra. MARTA PAREDE, por sus esfuerzos, dedicación, consejos, tiempo, quienes con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación han logrado en nosotros poder terminar este proyecto de investigación con éxito.

De igual manera agradecer a la Dra. VIVIANA CASTAÑO CHAVARRIAGA, Dra LUZ CALLE VELASQUEZ, como también todo el personal de la Fundación Grupo Integra, por el indispensable apoyo y colaboración en todo momento de la realización de éste proyecto.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida académica como por ejemplo nuestros familiares, amigos, compañeros que nos encantaría agradecerles su apoyo, amistad, consejos, ánimo y compañía en los momentos más difíciles, sin importar la situación. Queremos darles las gracias por formar parte de este sueño hecho realidad, por todo lo brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Tabla de contenido

LISTADO DE FIGURAS	8
LISTADO DE TABLAS	9
GLOSARIO DE TERMINOS	10
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1 Características Generales De La Discapacidad	20
4.2 Clasificación de la discapacidad	21
4.2.1. DISCAPACIDAD MENTAL:	23
4.2.2 DISCAPACIDAD FISICA:.....	24
4.2.3 DISCAPACIDAD PSIQUICA:	24
4.2.4. DISCAPACIDAD SENSORIAL:	25
4.3. DISCAPACIDADES EN LOS PACIENTES VALORADOS EN ESTE ESTUDIO.....	25
4.3.1. Autismo Atípico:.....	25
4.3.2. DISPLASIA CORTICAL	27
4.3.3. ESQUIZENCEFALIA:.....	28
4.3.4. RETRASO PSICOMOTOR:.....	28
4.3.5. SINDROME DOWN:.....	29
4.3.6. PARALISIS CEREBRAL:	30
4.3.7. TRASTORNO DEL DESARROLLO GENERALIZADO:	31
4.3.8. VENTRICULOMEGALIA:	32
4.4 Salud dental	33
4.4.1. Definición	33
4.4.2 Importancia.....	34
4.4.3. Aspectos que favorecen la salud dental.....	34
4.5 FACTORES PREDISPONENTES A RIESGO DE CARIES DENTAL	35
4.5.1. Placa Bacteriana $\geq 15\%$	35
4.5.2. Factores retentivos de placa bacteriana (Locales - Sistémicos).....	36

4.5.3. Dientes Cariados, Obturados, Perdidos (COP)	37
4.5.4. Importancia del uso de crema dental fluorada u otros elemento de Higiene oral	38
4.5.5. Alta frecuencia de Ingesta de carbohidratos	38
4.5.6. Importancia de la visita periodica al Odontólogo	39
5. METODOLOGÍA	40
5.1 Tipo De Estudio.....	40
5.2 Universo.....	40
5.2 Tamaño De La Muestra representativa	40
5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	41
5.3 Exámen clínico de salud bucodental de la población objeto de estudio.....	42
5.4 Análisis Estadístico.....	43
5. RESULTADOS.....	45
5.1 Características Sociodemográficas De La Población Objeto De Estudio.....	45
5.3 Evaluación De Factores De Riesgo Asociados A La presencia de caries dental y gingivitis.....	52
6. DISCUSIÓN.....	53
7. CONCLUSIONES.....	58
8. RECOMENDACIONES	59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
11. ANEXOS.....	63
11.1 Anexo A.....	64
.....	64
11.2 Anexo B.....	65
11.3 Anexo C	66
FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION	66
11.4 Anexo D.....	67
11.5 Anexo E	68
11.6 Anexo F	69
11.7 Anexo G.....	70
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.....	70

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 Frecuencia de individuos analizados según género.....	45
Figura 2Distribución de la población de estudio según el estrato social	46
Figura 3. Discapacidades presentes en la población	47
Figura 4. Antecedentes sistémicos evaluados en la población objeto de estudio.	49
Figura 5. Frecuencia de Alteraciones en la cavidad oral.....	50

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de la población objeto de estudio.....	46
Tabla 2. Distribución de las discapacidades halladas en la población de estudio según el género.....	48
Tabla 3. Frecuencia de las alteraciones orales encontradas en la población objeto de estudio según, sexo y edad.	50
Tabla 4. Anomalías según el tamaño, forma, estructura, número y la posición en la población objeto de estudio.	51
Tabla 5. Evaluación del efecto de las variables en estudios sobre la presencia de lesiones orales mediante la prueba de Test de Fischer.	52

GLOSARIO DE TERMINOS

- Accesibilidad: Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones.
- Autismo: Trastorno generalizado del desarrollo que se refleja en alguna de las siguientes características: En las relaciones sociales, comunicación (retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje oral, y patrones de conducta inadecuados.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF): La clasificación proporciona un lenguaje estandarizado y unificado, así como un marco para la descripción de la salud y estados relacionados de la salud. La CIF es parte de la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud.
- Deficiencias: Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
- Discapacidad: La Convención no impone un concepto rígido de “discapacidad”, sino que adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y en diversos entornos socioeconómicos, la define como un: “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

- Discriminación: Es cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.
- Entorno físico accesible: Un entorno físico accesible beneficia a todo el mundo y no solamente a las personas con discapacidad. La Convención declara que deben adoptarse medidas para eliminar los obstáculos y barreras que obstaculizan las instalaciones internas y externas, entre ellas las escuelas, los centros médicos y los lugares de trabajo. Esto comprende no solamente los edificios, sino también los senderos, los bordillos del pavimento y los obstáculos que bloquean la circulación de peatones.
- Inalienables: Es una característica de los derechos humanos, lo cual quiere decir que no se puede ser despojado de ellos, ni se puede renunciar a ellos voluntariamente.
- Persona con discapacidad: son todas aquellas personas que tengan deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás
- Rehabilitación: Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado

- funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independiente. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.
- Vulnerabilidad: Se aplica para identificar a aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida.

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con necesidades especiales se caracterizan por manifestar funciones psicomotoras y/o intelectuales inferiores al resto de la población, específicamente en su capacidad de aprendizaje y adaptación social. Este colectivo suelen ser un sector de la población muy olvidado y poco atendido en lo referente a su atención dental, a la vez que presentan un gran número de alteraciones bucodentales por las características de su patología médica (Horwitz *et al*, 2001).

Las enfermedades bucodentales (caries y enfermedades periodontales) en la población con discapacidad pueden ir desde la destrucción de los tejidos dentales, hasta la inflamación e infección del tejido pulpar, lo que acarrea un importante detrimento en la calidad de vida de las personas que la padecen (Horwitz *et al*, 2001). Lo anterior es exacerbado por la dificultad en el tratamiento de las lesiones bucodentales en los niños con estas características, en gran medida a la dificultad de realizarlo, o al rechazo por el profesional oral debido a los trastornos conductuales.

En Colombia y específicamente en la costa Atlántica la investigación epidemiológica ha sido tradicionalmente desvalorizada, por lo que no se dispone de un sistema de seguimiento continuo de la salud bucal que brinde información completa y comparable a los fines de conocer cuál ha sido la tendencia que siguió la caries dental a través del tiempo, la distribución de la enfermedad a nivel

poblacional y los factores que regulan su prevalencia. (Escudero Et Al, 2008)

Esta desinformación resulta especialmente crítica cuando se trata de poblaciones infantiles, por cuanto en esos estadios de la vida ocurren acelerados procesos de crecimiento y desarrollo y donde se exacerban los riesgos de enfermedad de caries. Ello compromete tanto la salud de la dentición temporal como el futuro de los dientes permanentes, y limita seriamente la posibilidad de aplicar, con criterios de eficiencia y equidad, políticas sanitarias integrales que contribuyan a erradicar o reducir las enfermedades de interés odontológico.

Similar al panorama nacional y regional, en la ciudad de Santa Marta se desconoce la magnitud del problema en gran medida por la falta de estudios encaminados a conocer el estado de salud oral de las personas discapacitadas, así como el hecho de que no se encuentran estadísticas de entes públicos o privados publicados que permitan determinar la prevalencia de enfermedades orales en la población con discapacidad. El desconocimiento de la situación en el Distrito, ha motivado la realización de este estudio que permita conocer el estado de salud oral de las personas con discapacidad que asisten a la fundación Grupo Integra.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas que presentan una discapacidad suelen manifestar un mayor grado de patologías bucodentales respecto al resto de población, debido principalmente a las dificultades motoras para realizar una correcta técnica de cepillado y, en el caso de los niños, podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda, además podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela. Por otro lado, muchos de los odontólogos muestran resistencia al momento de tratar estos pacientes, probablemente a la ausencia de iniciativa por parte de algunas Universidades de no incluir en sus programas de formación la atención y tratamiento al paciente discapacitado.

A nivel nacional y local se carece de estadísticas reales y fiables sobre la Salud bucal de la población con discapacidad, en muchos casos puede deberse a la falta de estudios, subregistro de los casos o a la falta de trabajo multidisciplinario. En este sentido es necesario conocer la situación de Salud bucal de esta población vulnerable, en aras de establecer políticas claras que permitan asumir éste problema.

La intención de este trabajo es contribuir a la identificación de los conocimientos de salud oral de la población discapacitada que asiste a una Fundación de la ciudad de Santa Marta. Lo anterior nos permitía conocer las alteraciones orales mas prevalentes, así como la base para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables en este tipo de población.

Por estas consideraciones nos planteamos el siguiente interrogante ¿Cuál es el estado de la salud bucodental en niños con discapacidad en una Fundación de la ciudad de Santa Marta?

2. JUSTIFICACIÓN

El estado oral de la población de personas discapacitadas se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene oral, ocasionando caries y enfermedades periodontales (Kumar, 2009). En todos los casos éstos son considerados como pacientes de alto riesgo, principalmente por desconocimiento, por su dependencia o alteraciones físicas, psíquicas, sensoriales o sistémicas, o inclusive por la no inclusión a nuestro sistema público de salud.

La música, una charla o gestos, son distintos medios que un odontólogo puede usar para conectarse con el paciente discapacitado y así poder realizar un debido procedimiento a nivel oral. Como también la importancia de crear un ambiente adecuado en el consultorio es indispensable en la atención de éste tipo de pacientes, lo cual juega un papel muy fundamental, debido a que muchas veces el paciente necesita sentirse comprendido por el personal profesional. (Marulanda J 2001)

Con lo anterior se busca la sensibilización, comprensión y motivación del Odontólogo para tratar los casos clínicos que en esta población tan vulnerable se puedan presentar, y así brindarle una atención mas personalizada con el objetivo de brindarle una mejoría en su salud bucal.

En Colombia al igual que otros países faltan estudios e investigaciones sobre la prevalencia de patologías y necesidades de tratamiento odontológico, así como sobre sus condiciones de vida. Por esto, los profesionales orales, debemos empezar a considerar a este colectivo como prioritario, y contribuir en la promoción y prevención de la salud oral de estas personas. (Escudero Et Al, 2008)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el exámen bucodental a la edad en que los niños ingresan a la escuela; ésta edad interesa en relación con los niveles de caries de la dentición primaria, que pueden presentar cambios en un intervalo de tiempo más breve que la dentición permanente en otras edades indicadoras (OMS, 1997). En congruencia a esta directriz la información referente a la situación de salud bucal de los niños de la entidad Grupo Integra de la ciudad de Santa Marta, aportará un conocimiento actualizado de ésta situación, así como sus principales requerimientos en salud oral y servirá de referencia para diseñar estrategias de intervención para el mejoramiento de la salud bucal de éstos niños, mejorando su calidad de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el estado bucodental de los niños en situación de discapacidad que asisten a la Fundación Grupo Integra de la ciudad de Santa Marta.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la población en situación de discapacidad según edad, género, factor socioeconómico, tipo de discapacidad, estado sistémico del paciente.
- Identificar el estado bucodental de estos pacientes, según el estado dental y periodontal.
- Relacionar la presencia de caries con el tipo de discapacidad la cual padecen estos pacientes.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Características Generales De La Discapacidad

Se puede definir a una persona portadora de discapacidad como aquella que padece una alteración funcional permanente o prolongada; motora, sensorial ó mental, las cuales la hacen dependiente total o parcialmente de otros para sus necesidades básicas, implicando esto desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (Pérez *et al*, 2014).

La Organización mundial de la salud (OMS) introduce términos como deficiencia, discapacidad y minusvalía para definir la persona con discapacidad (Tan y Rodríguez, 2001):

- **Deficiencia:** Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano.
- **Minusvalía:** Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de edad, sexo, factores sociales y culturales).

Al unir estos tres conceptos se entiende que no solo se trata de una persona que presenta una patología, sino que como consecuencia de la misma, no puede desarrollar sus potencialidades en su vida y en su medio social.

4.2 Clasificación de la discapacidad

La nueva metodología para entender y medir la discapacidad la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), nos proporciona una definición específica de discapacidad, tal como se ha entendido hasta ahora. Con base en la CIF, la discapacidad es un término que engloba deficiencias, limitaciones a la actividad y restricciones a la participación, refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales).

La CIF enfatiza el hecho de que los factores ambientales crean discapacidad, siendo ésta la principal diferencia entre ésta nueva clasificación y la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (ICIDH). En la CIF, los problemas del funcionamiento humano se categorizan en tres áreas interconectadas:

- Deficiencias: Se refieren a problemas en la función corporal o alteraciones en la estructura corporal, por ejemplo, parálisis o ceguera

- Limitaciones a la actividad: Son la dificultad en ejecutar actividades, por ejemplo, caminar o comer.
- Restricciones a la participación: Son problemas que involucran cualquier área de la vida, por ejemplo, ser discriminados en el empleo o en el transporte.

La CIF adopta un lenguaje neutral y no distingue entre tipo y causa de la discapacidad, por ejemplo, entre la “física” y la “mental”.

Sin embargo, con el fin de dar solamente un ejemplo del amplio espectro de discapacidades que pueden existir, se incluyen las siguientes definiciones, las cuales pueden servir para entender las diferencias entre las distintas deficiencias y las discapacidades que originan. Tómese en cuenta que estas definiciones obedecen a un modelo exclusivamente médico de la discapacidad:

Existen cinco (5) tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan:

- Discapacidad mental
- Discapacidad física
- Discapacidad psíquica
- Discapacidad sensorial

4.2.1. DISCAPACIDAD MENTAL:

La definición más actualizada es la que hace la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM): “La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”. De acuerdo a este organismo, el diagnóstico de discapacidad mental depende de las siguientes variables:

- Que la condición haya comenzado antes de los 18 años.
- Que los resultados que arrojen los test de inteligencia sean significativamente menores al promedio de la población.
- Que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona.

4.2.1.1. Dentro de discapacidades mentales podemos ejemplificar las siguientes:

- Síndrome de Down
- Síndrome X frágil o Síndrome de Martin y Bell
- Síndrome de Rett
- Alzheimer
- Esquizofrenia
- Afasia
- Amnesia
- ventriculomegalia.

4.2.2 DISCAPACIDAD FISICA:

Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición prematura del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes o problemas del organismo (derrame, por ejemplo).

4.2.2.1. Algunos ejemplos de discapacidades físicas son:

- Parálisis Cerebral
- Retraso Psicomotor
- Ataxia
- Lesión medular
- Amputación
- Mal de Parkinson
- Artritis reumatoide
- Paraplejía

4.2.3 DISCAPACIDAD PSIQUICA:

La OMS, la define como “un funcionamiento intelectual inferior, al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene.

4.2.3.1. Casos de Discapacidad Psíquica podemos mencionar:

- Autismo
- Trastorno Bipolar
- Trastorno de ansiedad
- Fobias
- Trastorno relacionados con el consumo de sustancias Psicoactivas
- Trastorno generalizado del desarrollo

4.2.4. DISCAPACIDAD SENSORIAL:

El concepto de discapacidad sensorial engloba a personas con deficiencia total o parcial de manera visual y/o auditiva o de cualquier otra afección relacionada con los órganos sensoriales.

4.2.4.1 entre algunos ejemplos podemos mencionar los siguientes:

- Mudez
- Tartamudeo
- Habla dificultosa o incomprensible (afasia)
- Ceguera
- Trastorno mixto del lenguaje perceptivo – expresivo.

4.3. DISCAPACIDADES EN LOS PACIENTES VALORADOS EN ESTE ESTUDIO.

4.3.1. Autismo Atípico:

El autismo es un trastorno psíquico, ligado a una biología y una química anormales en el cerebro, cuyas causas exactas se desconocen. Sin embargo, se

trata de un área de investigación muy activa. Probablemente, haya una combinación de factores que llevan al autismo.

Se ha sospechado de muchas otras posibles causas, pero no se han comprobado.

Éstas implican:

- Dieta
- Cambios en el tubo digestivo
- Intoxicación con mercurio
- Incapacidad del cuerpo para utilizar apropiadamente las vitaminas y los minerales
- Sensibilidad a vacunas

Las personas con autismo pueden:

- Ser extremadamente sensibles en cuanto a la vista, el oído, el tacto, el olfato o el gusto (por ejemplo, puede negarse a vestir ropa "que da picazón" y se angustian si se los obliga a usar estas ropas).
- Experimentar angustia inusual cuando les cambian las rutinas.
- Efectuar movimientos corporales repetitivos.
- Mostrar apegos inusuales a objetos.

La relación entre enfermedades orales y mala higiene oral ha sido bien establecida en la literatura, sin embargo, su relación directa con el autismo no ha sido demostrada. A pesar de su discapacidad psicomotora, el paciente autista no está limitado para utilizar los servicios odontológicos. Teniendo en cuenta que para lograr mantener la salud oral y mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes, se requiere un enfoque multidisciplinario, donde el Odontólogo es parte fundamental del grupo.

4.3.2. DISPLASIA CORTICAL:

La displasia cortical es un trastorno cerebral que resulta del desarrollo temprano anormal de neuronas en la corteza cerebral. La displasia cortical ocurre cuando las células cerebrales, o neuronas, en desarrollo de un embrión o feto no logran alcanzar las partes de la materia gris del cerebro para las que están destinadas genéticamente. Como resultado, aquellas áreas de la corteza carecen de las conexiones neuronales apropiadas para funcionar correctamente. Las áreas corticales afectadas pueden ser pequeñas y definidas o pueden incluir a todo un hemisferio del cerebro.

Causas:

Pese a que las causas exactas de la displasia cortical no han sido identificadas, una gran cantidad de investigación señala que la condición puede tener un fuerte componente genético. Muchos niños jóvenes que desarrollan epilepsia que brota de la displasia cortical tienen un historial familiar de problemas de epilepsia; además, aquellos que tienen otros familiares que sufren de epilepsia tienden a sufrir convulsiones más jóvenes.

Síntomas:

Las convulsiones recurrentes en un infante o en un niño muy pequeño son el síntoma más común de displasia cortical. La actividad cerebral epiléptica que procede de la displasia cortical aparece de modo muy temprano en la vida de un niño afectado porque las anomalías de la corteza ocurren desde el útero y ya están presentes al nacer. Otros síntomas neurológicos variarán dependiendo de cuáles partes del cerebro están afectadas, aunque otros síntomas comunes son el

retraso mental, el comportamiento hiperactivo y a veces agresivo, un tamaño de cabeza mayor al promedio, y reflejos tendinosos anormales.

4.3.3. ESQUIZENCEFALIA:

Es un trastorno encefálico poco común, caracterizado por surcos o hendiduras anormales en los hemisferios cerebrales. La esquizencefalia es un tipo de porencefalia. Los individuos con hendiduras en ambos hemisferios, o hendiduras bilaterales, a menudo presentan retrasos en el desarrollo y en las capacidades del habla y del idioma y disfunciones córticoespinales. Los individuos con hendiduras más pequeñas, unilaterales (hendiduras en un hemisferio), pueden presentar debilidad en un lado del cuerpo y poseer una inteligencia promedio o casi promedio. Se ha descubierto el origen genético de un tipo de esquizencefalia cuyas causas pueden incluir exposiciones ambientales durante el embarazo, tales como medicamentos administrados a la madre, la exposición a toxinas o una falla vascular

4.3.4. RETRASO PSICOMOTOR:

Retraso psicomotor significa que los logros o hitos del desarrollo que los niños deben adquirir dentro de una determinada edad, no están apareciendo o lo están haciendo de forma anómala. Hablamos de retraso psicomotor en niños pequeños, porque para más mayores se utiliza la denominación discapacidad intelectual o retraso mental.

Los hitos del desarrollo son comportamientos o destrezas físicas observadas en lactantes y niños a medida que crecen y se desarrollan. Desde la sonrisa social de los pequeños lactantes a sentarse de forma estable, gatear, caminar, coger cosas con la pinza fina (pulgar e índice) y hablar o reírse a carcajadas se consideran acontecimientos fundamentales en el desarrollo del niño. Estos hitos son diferentes para cada edad. Dentro de los problemas adquiridos, éstos pueden tener lugar intraútero, durante el parto u ocurrir de forma postnatal. Infecciones, problemas vasculares o traumatismos son algunas de las causas.

4.3.5. SINDROME DOWN:

El síndrome de Down es causado por la presencia de material genético extra del cromosoma 21(trisomía 21), este trastorno se observa en 1 de cada 733 bebés. El material genético adicional altera el curso en el desarrollo del individuo. El síndrome de Down se asocia con una serie de problemas médicos, incluyendo defectos cardíacos, anomalías gastrointestinales, trastornos del sistema inmunológico, leucemia infantil, entre otros. Sin embargo, muchas de estas condiciones son tratables, por lo que la mayoría de las personas con síndrome de Down llevan una vida sana. La esperanza de vida de estos individuos se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas.

Los pacientes con Síndrome de Down generalmente se ven agravados por una mordida marcada, en gran medida resultado de la hipoplasia del tercio medio facial, que a menudo causa una postura con la boca abierta que permite la

protrusión de la lengua, esto puede hacer que sea más difícil de lograr la higiene bucal porque la lengua se interpone en el camino.

En cuanto a las características faciales vamos a observar hipoplasia de los huesos del tercio medio de la cara, resultando en un paladar más pequeño en una dirección anteroposterior. La lengua tiene un pobre tono muscular, al igual que los músculos de la boca y los de la masticación. Este pobre tono muscular puede resultar en una actividad masticatoria menos eficiente.

En cuanto a las anomalías dentales vamos a observar retardo en la secuencia de erupción, hipodoncia: Ausencia congénita de uno o más dientes que se observa con mayor frecuencia en la dentición permanente y microdoncia: Dientes muy pequeños en comparación con el tamaño normal. Los dientes afectados ayudan a la formación de maloclusiones. Una mordida abierta anterior y una mordida cruzada posterior son otras características notables.

4.3.6. PARALISIS CEREBRAL:

La parálisis cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo.

La parálisis cerebral no es una enfermedad, no es contagiosa y no es progresiva. Es causada por una lesión a una o más áreas específicas del cerebro y no a los músculos. Esta lesión puede producirse antes, durante o después del nacimiento. Entre 0,1 y 0,2% de los niños padecen alguna forma de parálisis cerebral; en el

caso de bebés prematuros o de bajo peso, esta cifra aumenta al 1%. La parálisis cerebral no es producida por una sola causa, como varicela o rubéola. Más bien, es un grupo de trastornos relacionados entre sí, que tiene causas diferentes

Causas

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central. La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal, teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

4.3.7. TRASTORNO DEL DESARROLLO GENERALIZADO:

Se definen como un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen una característica pervasiva del funcionamiento del sujeto, en todas las situaciones.

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) tienen en común una asociación de síntomas conocida con el nombre de tríada de Wing, del nombre de la investigadora inglesa que probó mediante un estudio clínico y estadístico que esta asociación de tres categorías de síntomas aparecía más a menudo de la simple casualidad porque se trataba, en efecto, de un síndrome (conjunto de síntomas que actúan en conjunto). Son:

- Trastornos de la comunicación verbal y no verbal
- Trastornos de las relaciones sociales
- Centros de interés restringidos y/o conductas repetitivas

4.3.8. VENTRICULOMEGALIA:

Es el aumento de tamaño de uno o de los dos ventrículos laterales. Los ventrículos laterales son unas cavidades localizadas en el interior de cada uno de los hemisferios cerebrales, donde se origina el líquido cefalorraquídeo que protege y circula alrededor y por el interior del sistema nervioso central: el cerebro y la médula espinal. Se presenta entre el 0,3 y 1,5 por 1000 recién nacidos. La ventriculomegalia fetal es un signo ecoFigura muy sensible para las alteraciones del sistema nervioso central fetal. La morbilidad asociada a la misma depende principalmente de la etiología y de la presencia de otras malformaciones asociadas.

Posibles Causas:

- Inflamatorias: están las infecciones por citomegalovirus o parvovirus. Las Neoplasias o quistes aracnoideos como el papiloma son los más violentos ya que impide la circulación del líquido cefalorraquídeo ejerciendo presión sobre el tejido cerebral con compromiso grave de la corteza cerebral que si no es tratado lleva a daños irreversibles.
- Anomalías Congénitas: como las Displasia esqueléticas, la displasia tanotofórica, acondroplasias y osteogenesis imperfectas, la holoproncefalia, porencefalia, hidrancia y la microcefalia.
- Las Hemorragias subaracnoideas. Alteraciones metabólicas.

y las de Origen desconocido que son la mayoría.

4.4 Salud dental

4.4.1. Definición

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (estética), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y halitosis. (Amano A Et Al 2000) La caries es la enfermedad más común de los dientes. Los principales factores para el control de la caries son la higiene bucal, el uso de flúor, control preventivo profesional y el consumo moderado de alimentos cariogénicos (carbohidratos).

A los dientes también les afecta el desgaste químico o erosión. Se trata de un proceso normal que se produce con la edad, a medida que se pierde el esmalte de los dientes debido a su exposición repetida a distintos ácidos de los cuales también se produce la placa bacteriana.

La atrición (desgaste mecánico) y la abrasión son otras formas de deterioro de los dientes. La atrición se produce cuando los dientes se erosionan debido al constante roce o contacto con sus antagonistas. La abrasión es provocada por factores mecánicos externos como un cepillado incorrecto y/o agresivo de los dientes, como también uso de cremas dentales abrasivas, o cepillo de cerdas demasiado duras.

Las enfermedades periodontales, también conocidas como enfermedades de las encías, están provocadas por una infección e inflamación de la encía (gingiva), de los tejidos conectivos periodontales y del hueso alveolar (periodontitis). Las enfermedades periodontales pueden provocar movilidad dentaria hasta llegar a la pérdida de los mismos.

4.4.2 Importancia

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y deglutir los alimentos es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa la capacidad de comunicación y a la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor dental (odontalgia) causa bajas en la escuela (niños/as) como en el trabajo (adultos).

4.4.3. Aspectos que favorecen la salud dental

Una buena higiene bucal y el uso de flúor se consideran ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento de una buena salud bucal. Los siguientes consejos son también importantes para mantener los dientes sin caries: Iniciar pronto el cuidado de los dientes, cepillar los dientes de los niños

con una crema dental con flúor en porcentajes adecuados a la edad en cuanto erupcionen. No permitir el prologando contacto de zumos o bebidas azucaradas con los dientes. Estos líquidos dulces se adhieren alrededor de los dientes del bebé durante largos períodos de tiempo y pueden producir la “caries del biberón”. Cepillarse los dientes dos (2) veces al día mínimo (levantarse – antes de dormir) con pasta de dientes fluorada y si fuera posible, limpiar entre los dientes con hilo dental una vez al día. No comer después de limpiarse los dientes al acostarse, pues el flujo salival disminuye mientras dormimos.

4.5 FACTORES PREDISPONENTES A RIESGO DE CARIES DENTAL

El factor riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en un determinado lugar, y en un tiempo dado.

4.5.1. Placa Bacteriana \geq 15%

Todos tenemos placa bacteriana, porque las bacterias se forman constantemente en nuestra boca. Para crecer y desarrollarse, las bacterias utilizan residuos provenientes de nuestra dieta y saliva. La placa provoca caries cuando al producirse los ácidos, éstos atacan a los dientes después de comer. Los ataques ácidos repetidos destruyen el esmalte dental y originan caries. Además, si la placa no se elimina correctamente irrita las encías alrededor de los dientes y da origen a enfermedades periodontales (enfermedad en los tejidos de soporte del diente) e

incluso a pérdida de órganos dentales. Si realizando un índice de placa bacteriana con una sustancia reveladora se evidencia un porcentaje igual o mayor al 15% podemos expresar que estamos ante una amenaza de padecer caries.

4.5.2. Factores retentivos de placa bacteriana (Locales - Sistémicos)

4.5.2.1. Factores locales

- Alteraciones morfológicas de los órganos dentarios: a más profundidad de los surcos, más retención de placa y por ello mayor posibilidad de producción de caries.
- Mal posición dentaria: determina mayores zonas retentivas de placa bacteriana, como por ejemplo: Rotación, mesialización, distalización, vestibuloversión, linguoversión, etc.
- Mala higiene oral: El acumulo de placa bacteriana favorece la presencia de caries, probablemente debido a una mala técnica de cepillado.
- Masticación por un solo lado o hemiarcada: no hay autoclisis (autolimpieza al masticar) en el lado no masticatorio, con el consiguiente acumulo de placa bacteriana y posibilidad de aparición de caries.
- Presencia de flúor: En aguas de bebida, comidas, dentífricos, etc. (fluorosis)
- Uso de prótesis fija, retenedores protésicos (ganchos), uso inadecuado de retenedores ortodonticos, favorecen la adhesión de placa en su parte interna y si la higiene es deficiente, y además hay un largo contacto entre diente-retenedor-placa, que favorece la presencia de caries dental.

4.5.2.2. Factores sistémicos

- La composición microbiana de la placa dental puede cambiar debido a una disminución en el potencial cariogénico, de acuerdo al Ph salival.
- Predisposición genética
- Edad: Más predisposición en edades relacionadas debido a cambios hormonales (pubertad, menopausia, gestación)
- Razas: Menos caries en las razas puras
- Zonas ricas en elementos: Calcio, fósforo, flúor, etc. menos presencia de caries
- Sexo: algo más frecuente en mujeres
- Profesión u oficio: Más frecuente generalmente en manipuladores de azúcares o carbohidratos.

Embarazos: Debido a los cambios hormonales durante la gestación

Tipos de alimentación: Dietas ricas en hidratos de carbono

Enfermedades endocrinas, hemáticas y metabólicas: Más presencia de caries

4.5.3. Dientes Cariados, Obturados, Perdidos (COP)

Es el más utilizado y difundido de los indicadores de caries dental, que principalmente refleja la experiencia de caries dental tanto presente como pasada en la dentición permanente.

El índice COP considera toda historia de la patología en el individuo, ya que su registro se incluyen datos sobre: Dientes con lesión y clínicamente evidentes,

activas (**C**), Dientes extraídos, pérdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para su extracción (**P**), Dientes que ya recibieron tratamiento para la caries dental (**O**).

4.5.4. Importancia del uso de crema dental fluorada u otros elemento de Higiene oral.

Para poder realizar una correcta limpieza no solo se debe contar con una Crema o Pasta Dental adecuada, acorde a la edad del paciente, sino que también debemos utilizar un Enjuague Bucal correspondiente, y que permiten mediante un Correcto Cepillado eliminar restos de comida, placa bacteriana y además prevenir la formación de Caries Dental que posteriormente puede derivar en Dolor o cualquier afección y que además impide una adecuada alimentación.

4.5.5. Alta frecuencia de Ingesta de carbohidratos

A pesar de que la reducción de las caries en muchos países ha estado relacionada en gran medida con el uso del flúor y la mejora de la higiene dental, los hábitos alimentarios juegan también un papel en el desarrollo de la caries.

Los hidratos de carbono, en específico la sacarosa (disacárido formado por fructuosa y glucosa) están contenidos en una gran variedad de alimentos consumidos diariamente, los cuales poseen gran potencial cariogénico (se obtiene según la consistencia física del alimento, la cantidad, la frecuencia y el momento de consumo). Los hidratos de carbono participan entre otras cosas en la constitución de peptidoglicanos, que son sustancias que conforman las paredes

celulares bacterianas, propiciando el desarrollo de placa dentobacteriana, otro factor de riesgo, el cual es reservorio a más bacterias cariogénicas; el estreptococos mutans es la especie bacteriana considerada como la de mayor potencial cariogénico, produce enzimas que rompen los enlaces de sacarosa y une los residuos de glucosa entre sí para formar glucanos insolubles que sirven de matriz pegajosa para que se adhieran otras bacterias y sigan produciendo los ácidos en la cavidad bucal que conducen a la desmineralización de la superficie del esmalte y el inicio de las lesiones cariosas.

4.5.6. Importancia de la visita periodica al Odontólogo

Existen métodos profilácticos realizados por el profesional en la consulta, ésta consiste en la limpieza dental mediante la eliminación de sarro, cálculo o tártaro dental. Asimismo es importante la aplicación adecuada y oportuna de los sellantes dentales, los cuales serán aplicados en dientes sanos tanto en los molares como en los premolares, a fin de evitar deposito de restos alimentarios los cuales sirven de sustrato para las bacterias cariogénicas. Como también mediante la consulta Profesional se puede evitar o prevenir posibles patologías malignas que se presentan en boca, mediante el acto de promoción y prevención, como además la motivación del paciente a fin del cuidado de su salud oral.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo De Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, durante el primer periodo del año 2014.

5.2 Universo

Se tuvo en cuenta una población total de 66 pacientes con discapacidad motora y cognitiva que asisten a la Fundación Grupo Integra; ubicada en el Distrito de Santa Marta, en el departamento de Magdalena (Colombia).

5.2 Tamaño De La Muestra representativa

La muestra se calculó estimándose una proporción, con una $p=Q= 0,5$, en donde $n = 100$ historias clínicas, con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

$$n > \frac{N \cdot p \cdot (1-p)}{\left(\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z_{\alpha/2}^2} + p \cdot (1-p) \right)}$$

- n: Igual Tamaño de muestra
- p: Igual probabilidad de éxito
- Q: Igual a probabilidad de fracaso
- Z: Nivel de confianza al 95% IGUAL 1.96
- E: Igual al error máximo permitido igual 0,05.

Se obtuvo una muestra final de 32 individuos que asisten a la Fundación Grupo Integra. Es importante señalar al momento de la selección que no se empleo un muestro aleatorio, si no un muestreo no probabilístico y por conveniencia, en parte al tipo de la población escogida para realizar éste estudio.

5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

5.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 15 años

5.2.1.2 Criterios de Exclusión:

- Imposibilidad del paciente de trasladarse al consultorio odontológico para su valoración, debido a cualquier factor (económico, tratamiento médico-quirúrgico, tiempo, etc.)
- Discapacidad que requiera manejo especial para su valoración (sedación consciente e inconsciente)
- No autorización de los padres mediante la firma del consentimiento informado.
- Que por su condición sistémica el paciente tuviese signos y síntomas inapropiados para su atención (fiebre, dolor, diarrea, hemorragia, tos excesiva, etc.)

El consentimiento informado para participar en esta investigación, fue firmado por los padres de familia o persona legalmente responsable del niño.

5.3 Exámen clínico de salud bucodental de la población objeto de estudio.

Se implemetó primeramente la visita a la Fundación y proponer nuestro proyecto investigativo, debido a la preocupación e inquietud que teníamos por estudiar está poblacion vulnerable desde el punto de vista odontológico.

Aprobada la colaboración de la Fundación Grupo Integra y la aceptación del proyecto por parte del concejo de Programa (anexo A), más la ayuda de los asesores metodológico y científico (Dra. Marta Paredes y Dra. Marcela Peñaloza) respectivamente, se inició organizar el instrumento de trabajo investigativo y plantear la metodología respectivamente.

se planeó una reunión con los padres y/o acudientes de los pacientes, en las instalaciones de la Fundación, en donde se les dictó una charla acerca de “PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN NIÑOS” e inmediatamente mediante la firma del consentimiento informado (anexo B) lograr la autorización para la valoración de los pacientes. Informandoles nuestro objetivo y todo lo pertinente acerca de nuestro proyecto de investigación, como también Se hizo necesario informar el traslado de los pacientes a un consultorio particular, el día y a la hora pactada, para realizar la respectiva valoración o examen clínico, debido a que en éste lugar el paciente tendrá una mejor atención, comodidad y ademas se contará con la presencia y colaboración de la Odontopediatra (Dra. Marcela Peñaloza)

La recolección de la información se obtuvo mediante una encuesta aplicada a los padres (madre, padre y/o acudiente legal). Este instrumento (Anexo D), fue elaborado bajo la supervisión de expertos (Dra. Marta Paredes) Anexo C.

Para la realización del examen bucodental fué necesario emplear instrumental exploratorio de rutina (espejo, pinzas algodonerías, explorador) como además se hizo uso de jeringa triple, algodones, agua oxigenada) en condiciones de iluminación adecuadas. Los exámenes se realizaron por el método visual y táctil, siguiendo el orden de derecha a izquierda, por cuadrantes, comenzando por el maxilar superior. se observó la presencia de lesiones en tejidos blandos.

Toda la información evidenciada mediante el examen clínico fue registrada en un formato diseñado y aplicado por los investigadores de este estudio (Anexo D, E, F).

Para estandarizar los resultados de las alteraciones orales encontradas en los niños con discapacidad, se realizó un análisis interexaminador mediante el índice KAPPA, diseñándose una tabla de 2 x 2 o de clasificación cruzada cuyo resultado arrojó un valor de 0.84 tomando dicho resultado como calibración positiva, puesto que superó el valor de 0.80

5.4 Análisis Estadístico

El análisis de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 11.5, utilizando como medidas estadísticas; promedio, desviación estándar, e indicadores de frecuencia como porcentajes para saber cuál o cuáles patologías fueron las más frecuentes.

Para identificar la posible asociación entre discapacidad y las variables estudiadas (género, edad, estrato socioeconómico) y la presencia de caries dental y enfermedad periodontal, se emplearon tablas de contingencia de 2 x 2 y de 2 x n. Para evaluar la asociación de las variables de respuesta dicotómica se aplicó la test de Fisher con un nivel de confiabilidad del 95 % y donde se consideraron resultados significativos a un valor de p menor o igual a 0.05.

5. RESULTADOS

5.1 Características Sociodemográficas De La Población Objeto De Estudio.

Los hallazgos que muestran las variables sociodemográficas, indican que: 53% pertenecen al género femenino y 47 % al masculino (Figura 1). En este estudio la mayoría de los individuos evaluados presentaban una edad entre los 2 y 5 años. El promedio de edad fue 6,5 DE = 6,83 con datos entre 2 y 15 años. (Tabla 1).

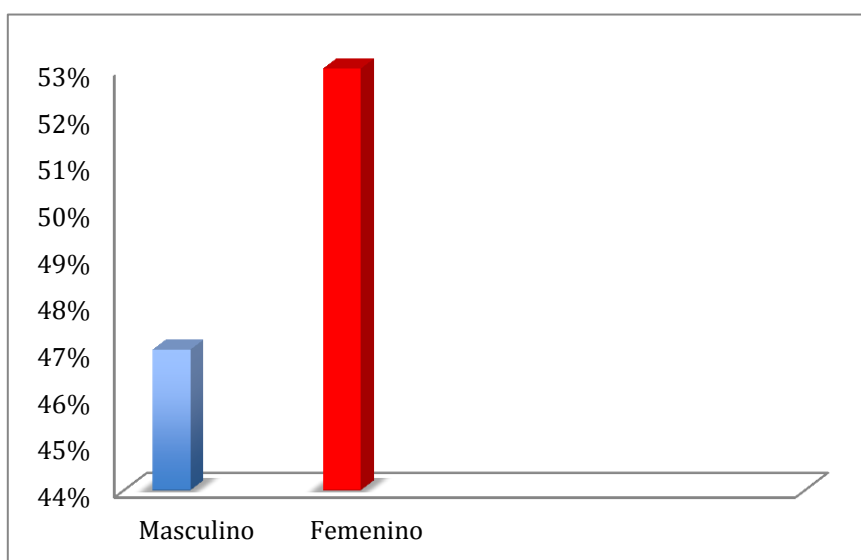
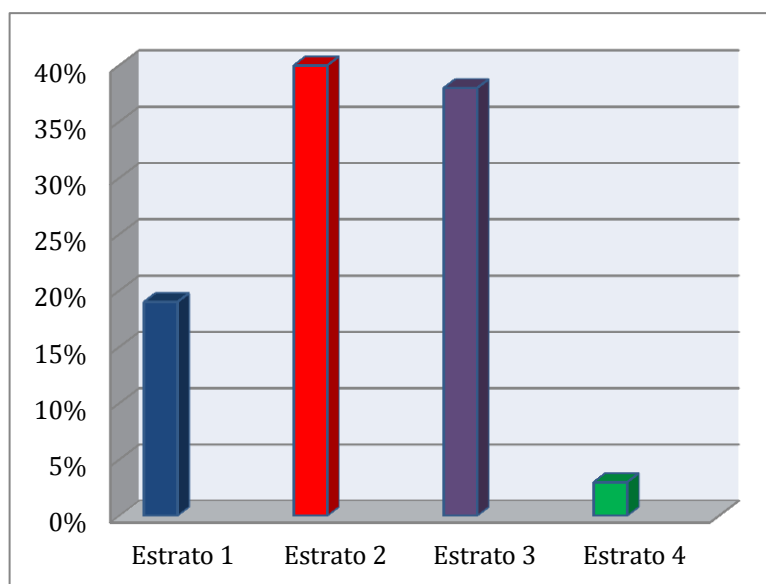


Figura 1 Frecuencia de individuos analizados según género.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de la población objeto de estudio.

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
(2-5)	8	25	8	25	16	50
(6-9)	4	12,5	4	12,5	8	25
		5				
(10-12)	2	6,3	3	9,4	5	15,6
(13-15)	3	9,4	0	0	3	9,4
total	17	53,1	15	46,9	32	100
Promedio de edad : 6,46875 Desviación estándar: 6,833216						

En cuanto al estrato socioeconómico predominó el estrato 2 con un total de 13 pacientes (40%) , seguido del estrato 3 con un total de 12 pacientes (38%), luego el estrato 1 con un total de 6 (19 %) y por último el estrato 4 con un total de 1 paciente, que equivale a un 3%. (Figura 2).



Con base a la encuesta y mediante confirmación de los datos recopilados en la ficha de ingreso a la institución, encontramos que un 21,9% (7 de 32) de la población evaluada presentan trastorno del desarrollo generalizado, seguido del síndrome de Down en un 18,8% (6 de 32) en los individuos examinados. En la Figura 3 están registrados la totalidad de las discapacidades halladas en la muestra analizada.

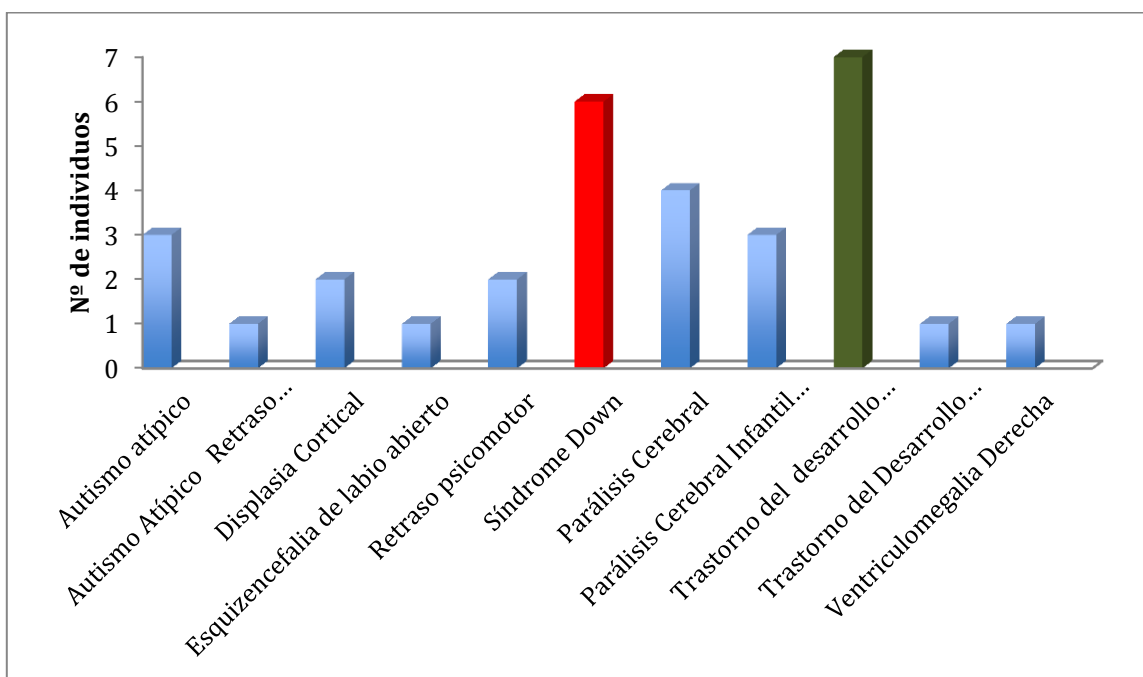


Figura 3. Discapacidades presentes en la población

Como se observa en la Tabla 2 la discapacidad más frecuente en el género femenino fue el síndrome Down con un total de 5 pacientes, seguido del Trastorno del desarrollo generalizado. En el género masculino la discapacidad que más se presentó fue Trastorno del desarrollo generalizado con un total de 4 pacientes, seguido del Autismo atípico y Parálisis Cerebral los cuales igualan con un número de 2 pacientes.

Tabla 2. Distribución de las discapacidades halladas en la población de estudio según el género.

		Genero		Total
		Femenino n (%)	Masculino n (%)	
Discapacida d	Autismo atípico	1 (3,1%)	2 (6,3%)	3(9,4%)
	Autismo Atípico	0	1 (3,1%)	1 (3,1%)
	Retraso psicomotor			
	Displasia Cortical	2 (6,3%)	0(0%)	2(6,3%)
	Esquizencefalia de labio abierto	0%	1 (3,1%)	1(3,1%)
	Retraso psicomotor	1 (3,1%)	1 (3,1%)	2(6,3%)
	Síndrome Down	5 (15,6%)	1(3,1%)	6 (18,8%)
	Parálisis Cerebral	2 (6,3%)	2 (6,3%)	4(12,5%)
	Parálisis Cerebral Infantil	2 (6,3%)	1 (3,1%)	3 (9,4%)
	Retardo Mixto del desarrollo			
	Trastorno del desarrollo generalizado	3 (9,4%)	4 (12,5%)	7 (21,9%)
	Trastorno del Desarrollo Generalizado	0	1 (3,1%)	1 (3,1%)
	Autismo			
	Ventriculomegalia Derecha	0	1 (3,1%)	1 (3,1%)
	Ventriculomegalia Izquierda	1 (3,1%)	0 (0%)	1(3,1%)
Total		17(53,1%)	15(46,9%)	32 (100%)

Cuando se analizaron antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad tiroidea, se evidenció que sólo 9,4% (3 de 32) de los individuos encuestados presentaban enfermedad tiroidea. Por otro lado, cuando se preguntó sobre otro tipo de antecedentes, un 18,8 % (6 de 32) de los entrevistados manifestaron presentar convulsiones. De igual forma cuando se preguntó si eran

alérgicos a un medicamento, el 18,8% (6 de 32) respondieron tenerla, de los cuales el 12,5%, 3,1% y el 3,1 % dijeron ser alérgico a la penicilina, alérgico a la penicilina con convulsiones y a la trisulfamida, respectivamente. Finalmente en un individuo (3,1%) el padre manifestó tener Displasia Broncopulmonar, hipotoroidismo, convulsiones (ver Figura 4).

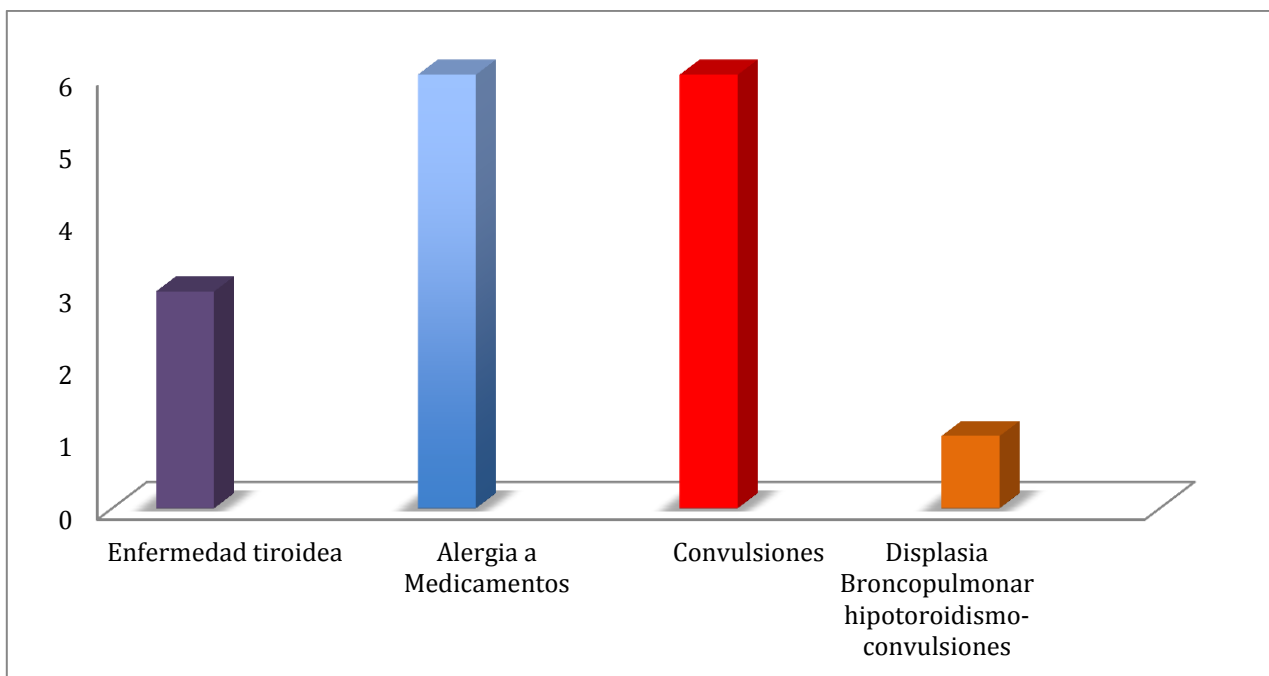


Figura 4. Antecedentes sistémicos evaluados en la población objeto de estudio.

De las alteraciones bucales examinadas, encontramos que el 62% de la muestras examinada presentaba caries dental (Figura 5), siendo más prevalente en los niños que se encuentran en un rango de edad de 6-9 años con un 21, 9%, seguido de los niños con edades entre los 2 y 5 años quienes presentaron un 15,6%. Por otro lado, observamos que un 38% de la muestra presentó gingivitis, pero en contraste con la caries dental, esta se encontró más prevalente en los niños entre 2 y 5 años. Finalmente no encontramos evidencia de periodontitis o absceso Véase Tabla 4.

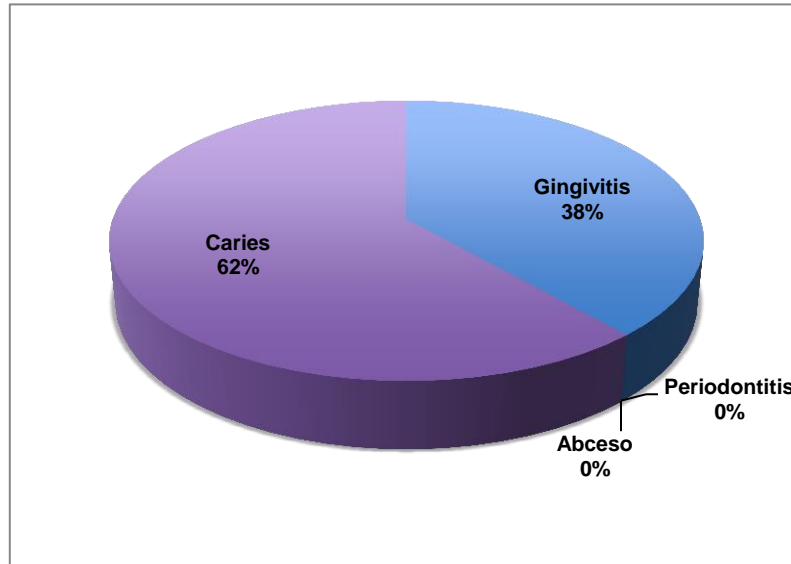


Figura 5. Frecuencia de Alteraciones en la cavidad oral

Tabla 3. Frecuencia de las alteraciones orales encontradas en la población objeto de estudio según, sexo y edad.

Enfermedad	Rango de edad	Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Gingivitis	(2-5)	4	12,5	2	6,3	6	18,8
	(6-9)	2	6,3	1	3,1	3	9,4
	(10-12)	1	3,1	2	6,3	3	9,4
	(13-15)	3	9,4	0	0,0	3	9,4
Caries	(2-5)	5	15,6	5	15,6	10	31,3
	(6-9)	3	9,4	7	21,9	10	31,3
	(10-12)	1	3,1	4	12,5	5	15,6
	(13-15)	3	9,4	0	0,0	3	9,4

En la tabla 5 se puede evidenciar que solo se presentaron 2 casos de anomalía dental en cuanto a forma. los cuales fueron en Autismo atípico y Trastorno del desarrollo generalizado que igualan 1 paciente respectivamente.

Se presentó solo un caso de fusión, la cual fué en el diente 81 con el diente 82. De igual forma se observó que el 21,9% (7 de 32) de los pacientes presentaron anomalías de estructura, siendo la hipomineralización la única anomalía en estructura que se presentó, y que la discapacidad mas afectada fué Síndrome Down. Cuando se analizó anomalías según el número, solo se presentó un solo caso, correspondiente a agenesia de dientes laterales inferiores en un paciente que presentaba Trastorno del desarrollo generalizado.

Tabla 4. Anomalías según el tamaño, forma, estructura, número y la posición en la población objeto de estudio.

ANOMALÍAS		n	%
Tamaño	Microdoncia	1	3,1
	Macrodoncia en dientes anteriores	2	6,3
Forma	Fusión en el diente 81	1	3,1
	Fusión en el diente 82	1	3,1
Estructura	Hipomineralización	7	21,9
Numero	Agenesia de dientes laterales inferiores	1	3,1
Posición	Apiñamiento antero inferior	1	3,1
	Apiñamiento en dientes anteriores - inferiores	6	18,8
	Apiñamiento de dientes laterales superiores	1	3,1
	Linguoversion del diente 24	1	3,1

5.3 Evaluación De Factores De Riesgo Asociados A La presencia de caries dental y gingivitis.

Cuando se correlacionó mediante la test de Fischer las variables sociodemográficas como la edad, género y estrato social. Se observó que ninguna de estas variables alcanzó el nivel de significancia ($P < 0,05$) por lo cual las variables examinadas no representan al menos en la población objeto de estudio un factor de riesgo asociado a la presentación de caries o enfermedad periodontal (Tabla 9).

Tabla 5. Evaluación del efecto de las variables en estudios sobre la presencia de lesiones orales mediante la prueba de Test de Fischer.

VARIABLE	OR	IC	P
Edad	2,6098	0,1595-42,7084	0,2800
Genero	0,384	038-4,870	0,538
Estrato	2,143	0,446-10,295	0,341
Síndrome de Down	1,439	0,205-10,971	0,677
Trastorno del desarrollo	0,742	0,054-6,740	0,811

OR: Odd Ration
IC:Intervalo de Confianza
P: Nivel de significancia

6. DISCUSIÓN

La salud oral en pacientes con discapacidad debe ser parte integral de la salud general, en este sentido las actividades que se realicen tendientes a mantenerla o mejorarla, repercuten directamente en su bienestar. De ahí en la necesidad de insistir en las prácticas o hábitos adquiridos como mecanismos para alcanzar una buena higiene bucal, desde las primeras etapas de la vida, asegurando una mejor calidad de vida (Horwitz, *et al*, 2001). No obstante como ha sido ampliamente reportado en la literatura y como se pudo constatar es este estudio, las personas con algunas discapacidad, en particular aquellas que tienen implicaciones en la parte cognitiva, siguen manteniendo una pobre higiene oral (caries dental y enfermedad periodontal), generando un detrimento importante en su calidad de vida.

A pesar que no se encontró una relación estadística entre variables sociodemográficas como el genero, edad y estrato con la presencia de caries y gingivitis ($p < 0,05$) en la población objeto de estudio, es muy probable que se deba al tamaño de la muestra tenido en cuenta en este estudio. Ya que estudios realizados en Brasil por Gaio *et al*, (2010), observaron la salud oral de los estudiantes con retardo mental y encontraron mayor vulnerabilidad, asociada a factores sociodemográficos. Incluso, la evidencia científica muestra que es indispensable la necesidad de apoyo de la familia o cuidadores, para implementar una buena higiene bucal en este grupo de población. Asimismo, se requiere facilitar el acceso a los servicios de salud oral y la implementación de estrategias y programas que incluyan la prevención, basados en riesgos específicos de acuerdo

al nivel de discapacidad, para disminuir la necesidad frecuente de atención en odontología.

Con relación a la salud oral, los resultados de la investigación muestran que la frecuencia de caries dental fue de 62%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la condición socioeconómica y frecuencia de caries dental. En nuestro estudio observamos que el porcentaje de caries fue menor en hombres que en mujeres (47% y 53% respectivamente), lo cual difiere con lo reportado por Wierzbicka *et al*, 2002, donde la presencia de caries fue mayor en los varones que en el sexo femenino (53,5% y 46,5%, respectivamente), con respecto a los porcentajes de caries dental encontrados en este estudio han sido menores a lo reportados por otros estudios similares, como los encontrados por Martín *et al*, (1998) donde reporta que cerca del 79 % de las personas con retraso mental presentaban caries dental. Con base a estos resultados podrían inferir que existe una marcada diferencia en la responsabilidad de los familiares e instituciones, así como la responsabilidad social por parte de los profesionales orales en el cuidado y tratamiento de estas personas especiales.

Según estudio realizado por Stabholz *et al*, (1991) estudiaron la incidencia de caries en individuos jóvenes institucionalizados con síndrome de Down y comprobaron un nivel alto de sujetos libres de caries en relación con otros grupos de población general o con otros colectivos de pacientes con otros síndromes. En los pacientes con síndrome de down se han comprobado unas concentraciones de iones de calcio y fosforo más altas en saliva y ello podría contribuir a estos

resultados. De igual forma, se ha mencionado la posibilidad de una dieta seleccionada más baja en azúcares para evitar los problemas de obesidad y de la erupción más tardía de los dientes con lo que están un menor tiempo expuestos a un ambiente oral cariogenico.

A pesar que no se encontró una asociación estadística significativa entre el síndrome de Down y la presencia de caries, informes realizados por la asociación americana de retardo mental (AARM), han manifestado que el sistema de defensa se encuentra comprometido en las personas con este síndrome, permitiendo la presencia de infecciones oportunista, específicamente en las vías respiratorias altas, contribuyendo a la respiración oral, con su efecto asociado de xerostomía, fisura labial y lingual, lo que predispone a las enfermedades gingivales y periodontales. Según Amano *et al*, (2000), reportaron que las personas con retraso mental presentan mayor probabilidad de tener organismos patógenos capaces de producir enfermedad periodontal que las personas sin retraso mental o sin síndrome de Down.

En la presente investigación, no se encontró pacientes con enfermedad periodontal grave, en cambio si evidenciamos gingivitis en un 38 % de la población examinada. Estos resultados son similares a los hallazgos de Shapira *et al*, (2011), quienes reportaron una alta prevalencia de gingivitis en los adolescentes con Síndrome de Down. Lo anterior toma gran relevancia ya que la gingivitis es una lesión reversible pero si no se controla puede evolucionar hacia una enfermedad periodontal de mayor severidad con pérdida de la inserción y producción de bolsas periodontales y pérdida de hueso de soporte. Según

González *et al*, 1998 una higiene oral más deficiente y la presencia de cálculos puede estar en relación con una menor habilidad para realizar un correcto cepillado, asociado en ocasiones a alteraciones de la función motora fina que hace observar una menor destreza manual, además de una falta de aprendizaje adecuado. La concentración de sodio se ha visto aumentada en individuos con síndrome de down. La amilasa que participa en la colonización de la placa dental actuando como receptor en la adhesión de microorganismos a la superficie del esmalte esta disminuida al igual que la peroxidasa. De igual forma en éste estudio solo observamos un paciente **(3,1%)** con microdoncia, lo cual difieren a lo reportado por Hennequin *et al*, 1999 quien reporta que esta anomalía se encuentra entre las principales características dentarias en el síndrome de Down, alrededor entre un 35 al 55% en ambas denticiones, primaria y secundaria.

Uno de los individuos examinados presentó una Agenesia de dientes laterales inferiores como una anomalía de número. Según Chan *et al*, 1994 un factor que podría influir es la mayor prevalencia de agenesias dentales que haría decrecer el número de superficies dentales expuestas al ataque ácido y la presencia de diastemas con mayor separación entre dientes.

Finalmente la personas con discapacidad física y cognitiva no conforman grupos homogéneos, en términos de salud oral o con respecto a las necesidades de cada individuo, ya que esto depende de del grado de apoyo social, el acceso a los servicios y la habilidad para tolerar los tratamientos. Otro factor importante responsable de la precaria higiene oral de estas personas, es la falta de

motivación de los profesionales de la odontología para prestarles tratamiento dental, así como el desinterés de los padres o representantes en resolver cualquier problema de salud bucal.

7. CONCLUSIONES

- La edad de la población analizada se marcó mayormente en el rango de edad entre los 2 y 5 años.
- El síndrome de Down y trastornos del desarrollo fueron las discapacidades más frecuentes en la población objeto de estudio.
- Se encontró que el 62% de los participantes en el estudio presentaron caries dental y el 38 % presentaron signos de gingivitis.
- La caries dental y gingivitis se presentaron mayoritariamente en los rangos de edad de 6-9 años y 2-5 años, respectivamente.
- La hipomineralización fue la anomalía más prevalente en la población objeto de estudio, la cual estuvo mayoritariamente en pacientes con de Síndrome Down.
- No se encontró asociación estadística entre las variables sociodemográficas, síndrome de Down y trastornos del desarrollo con la presencia de caries dental y gingivitis.
- Las condiciones de salud bucodental de las personas con discapacidad examinadas no son buenas, presentan caries dental y signos de gingivitis constituyendose en un colectivo que requiere de una atención odontológica oportuna y de calidad, soportada en detección de riesgos y necesidades individuales del paciente.

8. RECOMENDACIONES

- Diagnosticar las condiciones en que se encuentran los servicios odontológicos públicos del distrito, para conocer a fondo el tratamiento que recibe este colectivo.
- 2. Promover cursos de capacitación y motivación dirigidos a los profesionales orales y personal apoyo sobre el tratamiento a pacientes con discapacidad en aras de mejorar los servicios odontológicos.
- Promover e implementar estrategias de prevención sobre salud oral en las escuelas especiales a donde acuden las personas con discapacidades, con la participación de los maestros; y/o padres o representantes.
- 4. Establecer políticas públicas que fomenten la creación de clínicas para personas especiales en donde se capacite a los estudiantes sobre el diagnóstico y tratamiento de caries dental, enfermedades gingivales y periodontales, rehabilitación de niños, adolescentes y adultos con discapacidad física y cognitiva

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Amano A; Kishima T;. Kimura S; Takiguchi M; Ooshima T;Hamada S; Morissaki I. Periodontopathic bacteria in children with Down Síndrome. J Periodontol, (2000);249255.**
- **American Association on Mental Retardation, Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports 1 (Ruth Luckasson ed., 10th ed. 2002) (hereafter "AAMR, Mental Retardation (2002)").**
- **Blanco Carrion A. Analisis estomatologico en pacientes con Síndrome de Down (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1992.**
- **Chan AR. Dental caries and periodontal disease in Down's syndrome patients. Univ Toronto Dent J. 1994; 7: 18-21**
- **Diaz Rosas L, Lopez Morales PM. Revision de los aspectos inmunologicos de la enfermedad periodontal en pacientes pediátricos con síndrome de Down. Revista ADM. 2006; LXIII: 125-30.**
- **Escudero-Castano N, Perea-Garcia MA, Bascones-Martinez A. Revision de la periodontitis cronica: Evolucion y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia. 2008; 20: 27-37.**
- **Gaio D, Moysés S, Bisinelli J, Sotille B, Tetu S. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. 2010; 25(4): 425-434**

- **Gonzalez-Herrera L, Pinto-Escalante D, Ceballos-Quintal JM. Prevalencia de Mosaicos en 100 individuos con diagnóstico de Síndrome de Down. Rev Biomed. 1998; 9: 214-22.**
- **Hennequin M, Faulks D, Veyrune J-L, et al. Significance of oral health in persons with Down syndrome: a literature review. Dev Med Child Neurol. 1999; 41: 275-83.**
- **Horwitz, S, Kerker, B, Owens P, 2001. The health status and dental needs. Chapter 5 Dental health among individuals with mental retardation. Washington, DC. Special Olympics. Inc:119-129.**
- **Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009; 27(3): 151-157**
- **Martin, J; Andrés, M; Borges M; Rodríguez O, 1998 Estado de salud bucal de los niños retrasados mentales de la escuela especial Félix Valera. Rev Cubana Estomatol; 26(4):255-267.**
- **Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, 2011. Salud oral en discapacitados. Rev CES Odont. 2011; 24(1):71-76**
- **Morales M, 2008. Patologías Bucodentales y Alteraciones Asociadas Prevalentes en una Población de Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil. Acta odontol. venez v.46 n.1 Caracas mar. 2008**
- **OMS, Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4a.edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1997.**
- **Shapira, J Stabholz A, Schurr D, Sela MN, Mann J.. Caries level, streptococcus mutants counts, salivary pH and periodontal treatment**

needs of adult Down syndrome patients. *Special Care Dentistry*, (1991); 11:24851.

- Sindoor S, Desai BDS, Fayetteville NY. Down syndrome: A review of the literature. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84: 279-85.
- Siqueira WL, Nicolau J. Stimulated whole saliva components in children with Down syndrome. *Spec Care Dentist*. 2002; 22: 226-30.
- Stabholz A, Mann J, Seal M, et al. Caries experience, periodontaltreatment needs, salivary pH and streptococcus mutans counts in a preadolescent Down syndrome population. *SpecCare Dentist*. 1991; 11: 203-8.
- Pérez M, Limeres J, Fernández, 2014. Manual De Higiene Oral Para PersonasConDiscapacidad.http://iadh.org/wpcontent/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf
- Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev Cubana Estomatol*. 2001; 38: 181-191.
- Wierzbicka, M.; Petersen, P.E.; Szatko, F.; Dybizbanska, E.; Kalo, I. (2002). Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. *Community Dental Health*, Vol. 19, No. 4, pp. 243-250.

11. ANEXOS

11.1 Anexo A

Santa Marta, Febrero 5 de 2014



GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

05 FEB 2014

Señores:

CONSEJO DE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
E. S. D.

COMUNICACION EXTERNA RECIBIDA

Nº. RAD: 04850 Hora: 10:40 am

Asunto: Solicitud para la autorización de tema de proyecto de investigación.

Cordial saludo

A través de la presente nos dirigimos ante ustedes muy respetuosamente para solicitar la aprobación para llevar a cabo nuestro proyecto de investigación de grado, el cual tiene como título: *CARACTERIZACION DEL ESTADO BUCODENTAL DE NIÑOS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD DE LA FUNDACION GRUPO INTEGRAL EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA EN EL PERIODO I DE 2014.*

Se Contará con la asesoría de la Dra. MARTA PAREDES, quien en efecto será la coordinadora de nuestro proyecto investigativo, además la valiosa colaboración de la Sra. VIVIANA CASTAÑO CH. Coordinadora administrativa de la Fundación GRUPO INTEGRAL Santa Marta.

Se agradece de antemano la atención y colaboración prestada a la presente.

Dra. MARTA PAREDES

Coordinadora de proyecto de Investigación

DUDLEY RUSSELL ESCORCIA

Código Estudiantil: 2004263063

Odontología X semestre

JAVIER MARTINEZ

Código Estudiantil: 2002263060

Odontología X semestre

JANEY DE LA HOZ

Código Estudiantil: 2004263014

Odontología IX semestre

anexo: 7 folios

Recibo
Mariana Paredes
7/05/14 11:35 am

11.2 Anexo B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: CARACTERIZACION DEL ESTADO BUCODENTAL DE NIÑOS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD DE LA FUNDACION GRUPO INTEGRA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA EN EL PERIODO I DE 2014.

Estimado padre/madre.

Somos estudiantes del Programa de Odontología de X semestre, y estamos llevando a cabo el estudio arriba mencionado como trabajo de grado. El objetivo del estudio es describir bucodentalmente la población infantil en situación de discapacidad en esta fundación.

Solicito su autorización voluntaria para que su hijo(a) participe en este estudio.

El procedimiento consiste en llenar un perfil del niño(a) y diligenciamiento de un formato de examen bucodental. Para tal efecto se le informará anticipadamente a los padres o representantes del paciente para que lo trasladen a un consultorio particular, el día y hora pactada para realizar la valoración clínica, debido a que en este lugar el paciente tendrá una mejor atención y además se contará con la presencia y colaboración de la Dra. Marcela Peñaloza especialista en Odontopediatria. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado.

Se contará con la valiosa y necesaria colaboración de la coordinadora, la Dra. Viviana Castaño y el personal integral de la Fundacion Grupo Integra para llevar a cabo exitosamente esta investigación.

No recibirá ninguna compensación por participar en el estudio, solo representará algunos beneficios:

Tales como:

- Realización de examen clínico
- Charla en prevención de enfermedad y promoción en salud oral (colectiva)
- Toma de radiografías periapicales (siempre y cuando así lo amerite la complejidad en la realización del examen clínico)
- Apoyo de tipo especialista (Odontopediatra)
- Apoyo de tipo terapeuta (Grupo Integra.)

Los resultados obtenidos en ésta investigación serán con fines académicos – investigativos, los cuales tambien serán cedidos a la Fundación Grupo Integra.

La Fundación Grupo Integra, ni la Universidad del Magdalena se hacen reponsables en la realización o financiación de ningún tipo de procedimientos y/o tratamientos odontológicos a ningún paciente.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, participe en el estudio.

Doy mi consentimiento para que los estudiantes Dudley Russell E. y Javier Martinez, del programa de Odontología de la Universidad del Magdalena, realicen el examen clínico bucodental para dicha investigación.

Fecha:

11.3 Anexo C

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO:

CARACTERIZACION DEL ESTADO BUCODENTAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE LA FUNDACION GRUPO INTEGRA.

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:

DUDLEY RUSSELL ESCORCIA
JAVIER MARTINEZ WHISGMAN
JHON JAIRO NUÑEZ SALAS

EXPERTO(A):

DRA. MARTA PAREDES.

M.c.S

Instrucciones: Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades		X			
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.			X		
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.			X		
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones		X			
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-retest (piloto)			X		
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas				X	
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactados utilizando la técnica de lo general a lo particular			X		
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información		X			
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.			X		
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado			X		

Observaciones:


FIRMA DEL EXPERTO

11.4 Anexo D

EDAD:			
GENERO:			
ESTRATO SOCIOECONOMICO:			
TIPO DE DISCAPACIDAD:			
ESTADO SISTEMICO DEL PACIENTE "Diagnosticado Medicamente"		Si	No
	Hipertensión:		
	Diabetes Mellitus:		
	Enf. Tiroidea:		
	Otro(s) cual(es)?:		

11.5 Anexo E

INSTRUMENTO DE VALORACION CLINICA

TEJIDO PERIODONTAL:

GINGIVITIS si () no ()	PERIODONTITIS si () no ()	ABSCESO si () no ()
--------------------------	-----------------------------	-----------------------

TEJIDO DENTAL:

CARIES si		No		
ANOMALIAS EN TAMAÑO				Cual ? ()
ANOMALIAS EN FORMA				
ANOMALIAS DE ESTRUCTURA				
ANOMALIAS EN NÚMERO				
ANOMALIAS DE POSICIÓN				
INFRACCION DEL ESMALTE				
FRACTURA CORONAL (Sin compromiso pulpar)				
FRACTURA CORONAL (Con compromiso pulpar)				
FRACTURA CORONO – RADICULAR				

11.6 Anexo F

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

COLOR	CONVENCION
C.I.	Caries del esmalte
	Caries de la dentina
	Diente Obturado
	Obturación defectuosa
X	Exodoncia Indicada
✓	Sano
/	Exfoliado
—	Sin Erupcionar
	Extraído Por Caries
	Pérdido Por Trauma
↑	En Proceso de Erupcion
HP	Hipomineralización
HPP	Hipoplasia
ER	Erosión
AB	Abrasión
ABF	Abfracción
AT	Atricción

[illegible]

RIESGO DE CARIES: ALTO ☐

BAJO

11.7 Anexo G.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

(Fotos tomadas por Dudey Russell Escorcía)





